



Anmeldeformular – Tumorkonferenz extern

Onkologisches Zentrum	Wochentag	Uhrzeit	Teilnahme
Kopf-Hals-Tumorzentrum	Montag	14.30-16.00 Uhr	<input type="checkbox"/>
Onkologisches Zentrum (interdisziplinär)	Dienstag	15.40-17.00 Uhr	<input type="checkbox"/>
Brustzentrum Gynäkologisches Krebszentrum	Mittwoch	14.00-15.30 Uhr	<input type="checkbox"/>
Leukämie- und Lymphom-Zentrum	Donnerstag	15.40-17.00 Uhr	<input type="checkbox"/>
Viszeralonkologisches Zentrum	Freitag	15.40-17.00 Uhr	<input type="checkbox"/>

Vorstellender Arzt: _____

Vorstellende Praxis: _____

Abteilung/Praxis: _____

Terminwunsch: _____

Name, Vorname Patient*in:*	Erstdiagnose:	Bilddemo:
Geburtsdatum:		
Adresse:		
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

* falls vorhanden Patientenaufkleber

Diagnose: _____

Histologie: _____

TNM-Stadium*: T N M
*falls zutreffend R L V G

WHO-Stadium*: _____
*falls zutreffend

Erläuterung TNM-Klassifikation:

T (TumorgroÙe): 1-4
N (Befall von Lymphknoten): 0-2(3)
M (Metastasen): 0/1
Präfix (vor TNM): p, c, r, u, y
R (Resektion): 0-2
G (Grading) 1-4

Bisherige onkologische Therapie: _____
(OP, Radiatio, Systemtherapie)

Karnofsky-Index und relevante Begleiterkrankungen: _____

Vorgeschlagenes Prozedere: _____

Bitte faxen Sie Ihre Anmeldung an das Sekretariat des Onkologischen Zentrums: FAX 0651 947-2574
Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an das Sekretariat Onkologisches Zentrum Telefon: 0651 947-2377